

une amyotrophie généralisée. L'électromyogramme permet de conclure à une polyneuropathie motrice axonale sévère. Les médicaments prescrits avant l'admission, connus pour être porphyrinogéniques, ont été arrêtés. Une prise en charge multidisciplinaire quotidienne, comprenant une rééducation motrice avec appareillage ergothérapie. L'amélioration clinique de la polyneuropathie périphérique a été lente et incomplète. On note une récupération partielle du déficit moteur.

**Discussion.**— La crise aiguë de PAI débute habituellement par des signes abdominaux suivis de troubles psychiatriques et/ou de signes neurologiques. L'évolution spontanée de la crise est le plus souvent favorable, si aucune erreur thérapeutique n'est commise. D'autres manifestations neurologiques centrales et psychiatriques, plus rares, ont été décrites en cours d'une crise aiguë de porphyrie. Les complications neurologiques périphériques comportent une neuropathie dysautonomique et une polyneuropathie périphérique sensitivomotrice ou purement motrice, axonale des 4 membres.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.393>

P029-f

### Effet de la surface de support sur l'utilisation des informations proprioceptives de la cheville

N. Forestier<sup>a,\*</sup>, R. Terrier<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Laboratoire de physiologie de l'exercice (EA 4338), université de Savoie, Le Bourget-du-Lac, France

<sup>b</sup> Laboratoire de physiologie de l'exercice (EA 4338), université de Savoie/CEVRES santé, France

\*Auteur correspondant.

**Objectif.**— Ce travail consiste à tester les effets différenciés des surfaces instables sur l'utilisation des informations proprioceptives de la cheville.

**Méthodes.**— Dix sujets ont participé à ce travail. Trois conditions de support (stable vs. instable non-spécifique vs. instable spécifique) associées à la présence ou non, de vibrations musculaires ont été utilisées. Les signaux électromyographiques et posturaux ont été enregistrés. La tâche des sujets consistait à se maintenir en équilibre bipodal les yeux fermés pour une durée de 40 s par essai. La part de contrôle proprioceptif attribuée à la cheville est estimée en comparant, pour chaque surface d'appui, l'effet relatif des vibrations sur la surface de déplacement du centre des pressions [1].

**Résultats.**— Les résultats confirment un effet d'axe de déstabilisation sur l'utilisation des informations proprioceptives. Il est possible de créer des conditions de déstabilisation capables d'augmenter sélectivement le travail des muscles éverseurs de la cheville tout en maintenant les signaux proprioceptifs de la cheville utilisables pour le SNC.

#### Référence

- [1] Brumagne S, Janssens L, Knapen S, Claeys K, Suuden-Johanson E. Persons with recurrent low back pain exhibit a rigid postural control strategy. *Eur Spine J* 2008;17:1177–84.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.394>

P030-f

### Résultats fonctionnels de la correction chirurgicale du pied varus équin spastique chez l'adulte : à propos de 5 cas

H. El Hyaoui<sup>a,\*</sup>, N. El Koumiti<sup>a</sup>, T. Toua<sup>a</sup>, A. Messoudi<sup>a</sup>,

M. Arssi<sup>a</sup>, J. Hassoun<sup>a</sup>, A. Garch<sup>a</sup>, E.H. Kassimi<sup>b</sup>,

K. Belhaj<sup>b</sup>, F. Lmidmani<sup>b</sup>, A. Elfatimi<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de traumatologie-orthopédie., pavillon 32, centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

<sup>b</sup> Service de médecine physique et de réadaptation, centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Maroc

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Pied varus équin ; Spasticité ; Chirurgie ; Rééducation



CrossMark

varus équin spastique, chez 4 patients sur 5 pieds.

**Méthodes.**— Étude rétrospective réunissant une femme et 3 hommes, avec un âge moyen de 25 ans. Les étiologies étaient des traumatismes crâniens graves dans 3 cas et des séquelles d'une tumeur rachidienne opérée dans un cas. Le traitement chirurgical comportait un allongement du tendon d'Achille avec immobilisation plâtrée pendant 6 semaines, suivi d'une rééducation. La récupération de la verticalisation et de la marche et l'allègement des aides à la marche et l'abandon du port de chaussures orthopédiques ont été évalués.

**Résultats.**— Nos résultats étaient jugés bons dans les 5 cas. Cependant, les patients ont gardé des mouvements parasites liés à la spasticité et une légère composante varisante.

**Discussion.**— La déformation en varus équin spastique du pied retentit sur les performances fonctionnelles et l'autonomie au cours de la phase de récupération des patients. Elle est de mieux en mieux contrôlée grâce aux progrès de la chirurgie et de médecine de rééducation. La chirurgie mérite d'être discutée chaque fois que cette déformation est une limite franche à la qualité de vie.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.395>

P033-f

### Prise en charge rééducative d'un patient atteint du syndrome de Lewis Sumner

C. Sellier<sup>a,\*</sup>, L. Have<sup>a</sup>, O. Jacquin<sup>b</sup>, R. Goldet<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de MPR, hôpital d'instruction des armées Desgenettes, Lyon, France

<sup>b</sup> Hôpital d'instruction des armées Desgenettes, France

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Syndrome de Lewis-Sumner ; Rééducation ; Polyradiculonévrite ; Membres supérieurs

**Introduction.**— Le syndrome de Lewis-Sumner est une variante multifocale et asymétrique de la polyradiculonévrite inflammatoire chronique et démyélinisante. Sa prévalence est de 1 à 4/1000000. Le tableau clinique associe une atteinte sensitivomotrice asymétrique, de topographie distale aux membres supérieurs. Le diagnostic est confirmé par l'ENMG. Il existe peu de données disponibles dans la littérature concernant la rééducation de ces patients.

**Méthodes.**— Nous avons reçu dans le service un patient de 34 ans dont les symptômes avaient débuté par une faiblesse des doigts puis des membres supérieurs, des crampes, des paresthésies avec une progression disto-proximale.

**Résultats.**— L'examen physique retrouvait une aréflexie complète des membres supérieurs, avec un testing musculaire déficitaire. Le patient a bénéficié de 8 semaines de rééducation comprenant kinésithérapie et ergothérapie, d'intensité, de fréquence et de durée croissante. L'évolution a été très positive avec une amélioration de la qualité des préhensions, en force et en endurance, permettant une reprise de l'activité professionnelle.

**Discussion.**— La prise en charge rééducative, entre les cures mensuelles d'immunoglobulines, a concouru à l'amélioration clinique du patient, et à une récupération optimale de ses capacités physiques et fonctionnelles.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.396>

P037-f

### Revue de la littérature sur le syndrome du nerf interosseux antérieur (NIOA) illustrée par deux cas

A. De Almeida<sup>a,\*</sup>, M. Rouanet<sup>a</sup>, A. Creuze<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CHU Pellegrin, Bordeaux, France

<sup>b</sup> Centre Tour de Gassie, France

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Syndrome du nerf interosseux antérieur ; Carré pronateur ; Électromyogramme

**Introduction.**— Le syndrome du NIOA se caractérise par un déficit de flexion du long fléchisseur du pouce (LFP), du fléchisseur commun profond de l'index (FCP II) et une atteinte du carré pronateur (CP).

**Méthodes.**— Deux hommes sont victimes d'un traumatisme au niveau du membre supérieur.



CrossMark



CrossMark



CrossMark